

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 657

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 25 juillet 1899, à 9 heures

Par F. VOUILLAC

ÉTUDE

SUR LA

PROTHÈSE TESTICULAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges { MM. LE DENTU, professeur.
WALTHER et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

657

Année 1899

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mardi 25 juillet 1899, à 9 heures

Par F. VOUILLAC

ÉTUDE

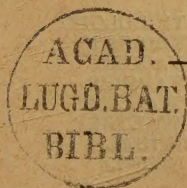
SUR LA

PROTHÈSE TESTICULAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges { MM. LE DENTU, professeur.
WALTHER et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Arrivé aux termes de nos études à la Faculté et dans les hôpitaux, nous sommes heureux de remercier ici, suivant l'usage établi, tous les maîtres excellents qui ont fait notre instruction médicale et chirurgicale et ne nous ont ménagé ni leurs leçons, ni leurs conseils, ni leur bienveillance.

Nous envoyons tout d'abord l'expression de notre reconnaissance, à M. le docteur Blanquinque, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Laon, qui a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale et n'a jamais cessé depuis de nous donner des témoignages de son amitié.

Messieurs les Professeurs Potain et Landouzy, Monsieur le professeur agrégé Marie, dont nous avons longtemps suivi les intéressantes leçons nous ont inculqué la science de la clinique médicale. Nous désirons leur rendre hommage pour le profit que nous avons pu tirer de leur enseignement.

Nous remercions aussi le docteur Labadie-Lagrave de l'intérêt dont il nous a donné maintes preuves.

Nous remercions bien sincèrement M. le D^r Gilbert, professeur agrégé, de la bienveillante sollicitude qu'il a toujours montrée à notre égard, dans le cours de nos études médicales.

Nous avons suivi à Saint-Antoine et à l'Hôtel-Dieu, les consultations si fertiles en enseignements de M. le D^r Caussade, qu'il reçoive ici l'assurance de notre gratitude pour les nombreuses marques de sympathie qu'il a bien voulu nous donner.

La science chirurgicale nous a été enseignée par M. le professeur agrégé Ch. Monod et M. le D^r Routier ; nous leur adressons tous nos remerciements.

Enfin, nous tenons à exprimer particulièrement notre profonde reconnaissance, à M. le D^r Arrou, chirurgien des hôpitaux, qui a été pour nous à la fois un maître et un ami pendant le temps qu'il a été notre prosecteur à Clamart, puis notre chef à la Charité et à Saint-Antoine. C'est à lui que nous devons l'inspiration de ce travail, et nous le prions d'en recevoir ici les prémices.

Que M. le professeur Tillaux daigne enfin agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

I. — HISTORIQUE

La question de la prothèse testiculaire est de date récente : aussi n'avons nous pu recueillir dans toute la littérature médicale, que quelques observations relatives à cette opération.

La première idée de cette prothèse d'un nouveau genre, appartient aux chirurgiens français. Puis les américains et les allemands se sont emparés de la question, et lui ont fait faire un grand pas. Mais il convient de faire remarquer la priorité de la chirurgie française.

En effet, Tuffier a employé cinq fois un appareil prothétique. Les deux premières opérations furent faites le 27 février 1892. Les résultats immédiats furent excellents en tous points. Il a même revu ses malades un an après l'intervention, et a pu constater, de visu, que l'appareil était très bien toléré, et faisait même bonne figure. Il s'était servi de testicules artificiels en argent.

Quatorze mois après, Humbert, à l'hôpital du Midi, a implanté dans les bourses un testicule en stuc, et une bille en verre pour remplacer

deux testicules tuberculeux. Les résultats ne furent pas satisfaisants. M. Humbert se proposa de recommencer, si l'occasion s'en présentait.

C'est en 1894, qu'un chirurgien Américain M. Hermance (E. M.) fit pour la première fois cette opération (1) en Amérique. Il s'agissait d'un monochryptorchide auquel le chirurgien en question, pour obvier à l'état mental de son malade, mit une olive d'argent, à la place du testicule absent.

L'année suivante, en 1895, un autre chirurgien méricain, A Robert F. Weir fit également la prothèse testiculaire avec des billes de celluloïd (2) Malheureusement, il ne nous a pas été possible de nous procurer, *in-extendo*, les deux observations, non plus que les détails opératoires et nous le regrettons vivement. En effet, les journaux américains qui les relatent, n'existent pas à la bibliothèque de l'Ecole de médecine et malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu les trouver ailleurs.

C'est M. le docteur O. Gueillot, de Reims, qui le premier en France, tenta cette opération, dont il donna une relation très exacte dans une communication publiée par la revue « *Union médicale du Nord-Est* » (3).

Il s'agissait d'un homme auquel on avait

1. *Américain Journal Insanity. Chicago. 1894-95.*

2. *Transaction american Surgery. Philadelphie 1895.*

3: *Union médicale du Nord-Est* (p. 375).

enlevé treize ans auparavant, un testicule tuberculeux. L'autre testicule fut pris à son tour. Le malade prévenu que l'ablation serait peut être nécessaire, fit promettre au chirurgien de remplacer le testicule absent par « quelque chose ». M. O. Gueillot, n'ayant pas à sa disposition de testicule artificiel, le remplaça par un paquet de soie plate tressée, et bien stérilisée enroulée en un peloton de la grosseur du pouce.

Le malade se trouva d'ailleurs très bien de cette intervention.

En 1895, M. Carlier de Lille (1), à la suite d'une castration pour hématocele ancienne dans laquelle on n'avait pu décortiquer le testicule, fit la prothèse à l'aide d'un testicule en argent fabriqué par M. Collin. Le résultat fut très satisfaisant.

En 1896, M. Loumeau de Bordeaux (2) publia plusieurs observations d'opérations analogues, à la suite de castration pour hypertrophie de la prostate. Il employa des testicules de soie préparée spécialement pour cet usage par M. Gendron.

Les malades s'en trouvèrent bien.

La même année, M. Demons, de Bordeaux, dans trois cas de castration, fit la prothèse avec succès, à l'aide de billes de marbre.

1. *Annales des mal. des org. gén. urin.* Paris 1896, p. 1054.

2. *Bulletin de la société de médecine et de chirurgie* (Bordeaux) 1896, p. 321.

En 1897, M. Vitrac (1) communique à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, un cas de prothèse testiculaire faite, par M. le docteur Villac, suppléant de M. le professeur Lannelongue, à l'aide d'un testicule en soie pelotonnée. L'opération n'eut pas de succès, car elle avait été faite en terrain infecté, et nécessita une extraction secondaire.

Enfin, nous citerons pour terminer ce léger aperçu historique, les trois observations inédites que notre cher maître, M. Arrou, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer. La première est due à M. le docteur Vanverts, la seconde à MM. Vanverts et Pasteau : elles ont été prises en 1897, la troisième enfin, appartient à M. Arrou et date de 1898.

Après avoir énoncé les avantages de la prothèse testiculaire, nous discuterons les cas où il faut ou non la pratiquer, et nous citerons à l'appui les observations qui s'y rapportent : nous tenterons ensuite, de tracer un manuel opératoire. Nous aurons enfin, à traiter ce point délicat de déontologie, à savoir, si l'on doit prévenir ou non le malade, de la présence de son testicule artificiel.

Les différents chapitres, ayant été traités, il ne nous restera plus qu'à poser nos conclusions.

1. *Bull. soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux* (11 janvier 1897).

II. — AVANTAGES DE LA PROTHÈSE TESTICULAIRE

La question que nous traitons, relève à la fois, de la science médicale et de la philosophie. Tandis que la castration chez la femme, a été, si nous osons dire, presque à la mode, depuis la création de l'ovariotomie, et la découverte des méthodes antiseptiques, l'ablation des testicules chez l'homme, est au contraire une chose difficile à faire accepter par les malades. Ce sentiment s'explique par ce fait que la femme, cherche dans la castration, soit la suppression d'un organe sujet de souffrances, soit l'abolition à tout jamais de la perspective des douleurs de l'enfantement. L'homme n'a pour lui que la première de ces raisons ; encore consent-il difficilement à se priver d'un organe, qu'il considère à bon droit comme l'apanage de la virilité.

Nous voyons, à chaque instant, dans la pratique hospitalière, des malheureux privés depuis longtemps d'ailleurs de leurs fonctions génitales, par suite d'une tuberculose, d'un cancer, d'un kyste, d'un hématome ancien, etc., du

testicule, et qui refusent avec véhémence une opération qui les délivrerait de leur pénible infirmité par la suppression d'un organe devenu dangereux, atrophié et inutile.

Il y a lieu d'examiner quelle conception se font les malades des résultats que leur procurerait la suppression d'un seul ou des deux testicules.

Si on ne supprime qu'un de ces organes, ils savent, ou on leur affirme que leurs fonctions génitales, si elles sont troublées, ne seront toutefois pas abolies. Mais alors leur vient la crainte que dans leurs relations sexuelles consécutives, on ne s'aperçoive de l'absence de leur testicule, fait qui leur attirera, craignent-ils, soit le mépris de la part des femmes, soit les quolibets et le ridicule de la part de leurs camarades ou amis.

Et ceci peut s'observer à tous les âges et dans toutes les classes de la société.

S'il y a lieu de faire l'ablation des deux testicules, la question se complique.

Chez les vieillards, il est évident que la suppression de leurs fonctions génitales, n'entraînerait que des inconvénients relatifs, encore ne saurions-nous être bien affirmatifs à cet égard.

Chez les hommes faits et chez les jeunes gens, il est par contre très difficile de leur faire accepter l'idée qu'ils seront privés à tout jamais de leurs fonctions de reproduction, les fonctions

génésiques pouvant parfois persister, mais non sûrement.

Dans ce dernier cas, la fonction génésique persistant, la prothèse testiculaire pourrait donner encore à ces mutilés l'illusion d'être « des hommes comme les autres » et l'on aurait ainsi plus facilement raison de leurs doutes et de leurs hésitations à se faire opérer ».

Dans la castration unique ou totale, on fera donc une œuvre morale et humanitaire, en rendant à ces malheureux un peu de cette illusion, qui est l'essence même de la vie. On évitera par là de faire d'une personnalité humaine pensante et agissante, un être auquel une opération supprimerait avec ses fonctions génitales, ses fonctions plus nobles encore de la volonté et de l'intelligence. On ne verrait plus de ces hommes jeunes encore, mais vieillards avant l'âge, tristes, renfermés en eux-mêmes et qui ne pensent plus qu'à une chose : à leur impuissance (1). Bientôt ils deviennent mélancoliques, hypocondriaques, et la désespérance et le dégoût d'eux-mêmes, les entraîne trop souvent, hélas ! à la folie et au suicide.

1. L'étude des perturbations physiques est fort longue et nous ne pouvons l'entreprendre ici : elle a été bien faite par M. Ernest Godard, dans ses admirables recherches sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme.

III. — INDICATIONS DE LA PROTHÈSE TESTICULAIRE

Toutes les fois que la castration aura eu lieu, la prothèse testiculaire, pourra être tentée par le chirurgien. Nous passerons donc en revue les différentes maladies qui peuvent nécessiter l'ablation du testicule : nous le ferons très rapidement, ne pouvant pas faire ici, la pathologie des organes génitaux de l'homme.

Nous citerons au fur et à mesure, les différentes observations de prothèse testiculaire que nous avons pu recueillir.

A. — *Traumatismes*. — Les traumatismes, pouvant nécessiter la castration, sont rares. Les plaies par instruments tranchants ou piquants, ont ordinairement une issue heureuse. On a cependant cité des cas de morsures de cheval, ayant arraché violemment, la glande testiculaire. Il est possible qu'on ait à intervenir dans un cas semblable ; et nous pensons que la prothèse testiculaire trouvera ici son indication.

B. — *Hypertrophie protastique*. — Depuis les travaux de Ramm en Suède, et de White en Amérique, la castration a été préconisée comme

traitement de l'hypertrophie prostatique. On voit en effet, à la suite de cette opération, la prostate diminuer de volume ; le malade peut alors uriner plus facilement (1). M. Loumeau de Bordeaux, a tenté plusieurs fois la prothèse testiculaire chez des prostatiques, et a obtenu de très beaux résultats.

Nous en donnons les observations ci-contre.

OBSERVATION I

Voici (2) un prostatique âgé de 65 ans, qui, depuis quatre ans et demi était atteint d'une rétention chronique complète, et se sondait avec une extrême difficulté. Je lui ai pratiqué il y a 20 jours, sur ses instances, la double castration que j'ai charitablement palliée chez lui par la prothèse testiculaire, avec la soie préparée comme je viens de le dire. La suture totale du scrotum après inclusion chirurgicale de ces pseudo-testicules a été réunie par première intention et paraît à peine aujourd'hui.

Je regrette de ne pas avoir enfermé en même temps dans la vaginale ces deux petits œufs de soie, car l'un d'eux, celui de gauche, adhère légèrement aux enveloppes scrotales et cause une petite douleur prise par

1. Toutefois, on semble aujourd'hui préférer à la castration, la section des canaux déférents.

2. Dr Loumeau. *Bull. soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, juin 1896, p. 324.

l'opéré pour une ébauche d'orchite contre laquelle il lutte par le port convaincu d'un suspensoir. Cette douleur s'atténue d'ailleurs de jour en jour.

Le malade est d'autant plus satisfait « d'avoir conservé ses testicules » qu'il se sent rajeuni par le retour de ses fonctions urinaires. Il urine maintenant sans sonde et son canal, où ne pénétrait à frottement dur, qu'une sonde rigide n° 13, admet aujourd'hui, librement, une grosse sonde molle Nélaton.

Par le toucher rectal on constate que la prostate est bien moins saillante, et que son tissu présente une certaine souplesse, au lieu de la consistanceligneuse, qu'il présentait auparavant.

OBSERVATIONS II ET III

M. Loumeau. *Congrès de chirurgie*, du 19 au 24 octobre 1896, cite les deux cas suivants.

Chez deux prostatiques pauvres et habitant la campagne le cathétérisme était devenu très difficile et incompatible avec les exigences du travail des champs. La double castration acceptée sans hésitation dans l'espoir d'une guérison rapide, amena dans les deux cas un résultat excellent, quoique inégal chez ces deux malades.

Le premier présentait en même temps que sa rétention, un petit calcul vésical, et l'introduction du lithothiteur, impossible avant la castration, fut facile 12 jours après : il a vu sa rétention complète cesser au

bout de seize jours, mais pour faire place à une légère rétention incomplète, ce qui lui permet d'uriner aisément sans sonde, et de n'employer celle-ci que deux fois par jour, pour assurer l'évacuation total du résidu vésical qui est de 30 cc., cinq mois après la castration.

La prostate a été chez cet opéré sensiblement améliorée dans son volume et dans sa consistance.

Le second malade a vu au bout de 36 heures, sa rétention disparaître entièrement et depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quatre mois, la vessie se vide complètement sans sondage. Ici la prostate a été peu influencée par la castration.

Dans l'un et l'autre cas les prothèse testiculaire a été appliquée de façon à laisser croire aux malades qu'une opération moins radicale que la castration a pu suffire à les guérir. Le bénéfice retiré de l'orchidectomie par la fonction vésicale est, de ce fait, augmenté chez eux par la consolante illusion de croire à la persistance de leur virilité.

. — *Tumeurs malignes du testicule.* —

La castration est formellement indiquée dans les tumeurs malignes du testicule, le carcinome, le sarcome et le lymphadénome.

Dans l'enchondrome et la maladie kystique, la castration sera encore indiquée.

Comme complément de l'opération, on pourra donc faire la prothèse.

Dans les hématoécèles anciennes, il arrive parfois que les parois très épaissies, ne permettent

pas la décortication du testicule, qui se trouve perdu et atrophié dans les néo-membranes. Il faut alors avoir recours à la castration.

Voici une observation de prothèse testiculaire, dans le cas d'enchondrome du testicule ; puis quatre observations où la castration a été faite pour hématocele de la vaginale et pachyvaginalite hémorrhagique.

OBSERVATION IV (1)

Jean M..., cultivateur, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Demons, pour une grosseur siégeant dans le testicule gauche, le 25 mai 1896.

Antécédents héréditaires. — Père et mère, morts de maladie inconnue.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

On ne constate pas de traces de syphilis : le malade ne tousse pas habituellement.

Histoire de la maladie. — Il y a environ 6 ans le malade s'est aperçu que son testicule gauche était plus volumineux que le droit.

Cette augmentation de volume d'abord imperceptible s'est accrue d'une façon insensible. Il est à noter cependant qu'au bout de trois ans et sous l'influence

1. Sallet. *Prothèse testiculaire après castration*. Thèse de Bordeaux, 1896.

d'un traitement que le malade ne peut exactement spécifier (potions et onctions ?) la tumeur testiculaire a sensiblement diminué de volume.

Cet arrêt de l'évolution de la tumeur n'a pas persisté, et depuis trois ans, le testicule gauche a continué à grossir, toujours d'une façon insensible pour acquérir le volume qu'il présente aujourd'hui. Le malade ne souffre que lorsqu'il se fatigue beaucoup : à deux reprises, il a eu quelques irradiations douloureuses de la fesse et de la cuisse du même côté. Il a des hémorroïdes qui donnent parfois un peu de sang. Son appétit est conservé, néanmoins il nous accuse un amaigrissement notable.

Etat actuel. — En examinant les organes génitaux externes du malade, on constate que la bourse gauche est considérablement augmentée de volume. Elle est en effet occupée par une tumeur assez régulière, ovoïde, excessivement dure, du volume d'une grosse orange. La palpation ne révèle aucune douleur. On ne peut délimiter le testicule et l'épididyme, ces deux organes sont englobés dans la tumeur et paraissent ne faire qu'un. La palpation très superficiellement faite, permet de constater en avant de la tumeur une légère fluctuation, indice d'une légère couche de liquide située dans la vaginale chroniquement enflammée.

On porte le diagnostic d'enchondrome du testicule.

La castration est pratiquée le 2 juin par M. le Dr Demons. Dès l'incision du scrotum il sort une grande quantité de sérosité sanguinolente. On enlève ensuite la tumeur, avec la tunique vaginale, après avoir solide-

ment lié le cordon. M. le professeur Demons, place alors dans la bourse ainsi vidée, une boule de marbre, qui n'est autre qu'un de ces boulons grossièrement faits avec lesquels les enfants s'amuse.

Il est inutile d'ajouter que toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. La boule avait bouilli pendant deux heures ; après l'avoir mise dans une solution de sublimé, on l'a flambée à l'alcool, et retrempée ensuite dans le sublimé. Pour que ce testicule postiche ne ballote pas dans la bourse, on lui fait une enveloppe avec la vaginale pariétale que l'on suture ensuite au catgut fin. Cette enveloppe est destinée à maintenir la boule de marbre en place et à la fixer à la partie inférieure du scrotum. La plaie opératoire est soigneusement lavée, car on se demande si ce corps étranger, sera bien toléré par les tissus.

Le 5 juin on refait le pansement. Tout est en parfait état ; pas de réaction inflammatoire, pas de fièvre. Le testicule postiche paraîtrait naturel si ce n'était son volume un peu trop considérable. Il roule bien sous le doigt, ne paraît pas aussi dur qu'on aurait pu le supposer ; et comme il s'est fait un peu d'inflammation au-dessus, il semble que ce testicule postiche est surmonté d'un cordon, ce qui complète l'illusion. Comme le malade était porteur d'une tumeur assez considérable depuis 6 ans, il n'a pas conscience du poids anormal de la boule de marbre, et il sort enchanté.

OBSERVATION V (1).

Augustin B..., 55 ans, cultivateur, entre à l'hôpital St-André le 15 mai 1896 dans le service de M. le professeur Demons, pour une grosseur siégeant dans la bourse droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort de rhumatismes. Mère morte asthmatique.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie grave. Pas de syphilis. Pas de tuberculose.

Histoire de la maladie. — Il y a quinze ans le malade a eu une hydrocèle de la tunique vaginale droite. Elle a été guérie par la ponction suivie d'injection iodée. Deux ans après, la bourse droite recommence à acquérir un gros volume, et depuis, elle est restée à peu près stationnaire. Le malade n'en souffrait pas et pouvait se livrer facilement à ses occupations. Mais depuis 2 ans environ, une hernie a fait issue à droite par son canal inguinal, venant se surajouter à la tumeur des bourses, et depuis les efforts, sont, sinon impossibles, du moins difficiles et douloureux.

Etat actuel. — Bonne santé générale. Les bourses sont volumineuses, la position du raphé cutané médian montre que c'est la bourse droite qui est le siège de la tumeur. La peau est fortement pigmentée : elle paraît épaissie.

La palpation de la tumeur permet de sentir une collec-

tion liquide très tendue, rénitente, non réductible. La tumeur est très dure en certains points, comme crétaçée.

En d'autres points elle se laisse déprimer et paraît assez molle. La tumeur est mate, enfin elle n'est pas transparente.

On peut sentir dans le canal inguinal droit, une pointe de hernie qui repousse le doigt introduit dans l'anneau inguinal, lorsqu'on fait tousser le malade.

On porte le diagnostic d'hématocèle de la tunique vaginale droite, et, étant donné l'âge du malade et la difficulté de la décortication totale de la vaginale ; on décide la castration unilatérale.

L'opération est pratiquée le 21 mai par M. le professeur Demons. Après les précautions antiseptiques d'usage on incise le scrotum et on tombe sur une poche résistante qui crie sous le scalpel, et qui est épaisse à peu près également dans tous les points de 3 à 4 millimètres. Cette poche est ouverte et de l'incision s'écoule un liquide épais, couleur de café au lait ou chocolat clair, formé de grumeaux avec un peu de liquide. On trouve également une tumeur ovoïde élastique, qu'incisée, se trouve composée d'une coque assez épaisse contenant une matière molle, grumeleuse et rougeâtre : c'est une poche sanguine transformée.

La poche est décortiquée et enlevée avec soin. Le testicule est complètement atrophie ; on l'enlève avec le reste. Enfin on trouve la hernie que l'on réduit, et l'on fait la cure radicale.

Pour remplacer le testicule que l'on vient d'enlever on suit le même manuel opératoire que pour l'obser-

vation précédente c'est encore une boule de marbre à laquelle on a fait subir préalablement une antiseptie des plus rigoureuses. On n'oublie pas de faire une vaginale pour fixer la boule, à la partie inférieure du scrotum. Enfin on ferme la plaie, dans laquelle on a laissé par précaution un petit drain. Pansement.

Le pansement est refait 4 jours après. On ne constate pas de suppuration. Le drain est retiré.

Vingt jours après le malade sort entièrement guéri ; son testicule postiche fait très bien, et il ne se doute pas le moins du monde qu'il n'a plus qu'un testicule valide.

OBSERVATION VI (1)

Pierre V., 46 ans, tailleur à Bordeaux, entré le 10 mai 1896 dans le service de M. le professeur Demons pour une augmentation de volume de la bourse gauche.

Antécédents Héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Aucune maladie importante à signaler. Ni syphilis, ni tuberculose.

Histoire de la maladie. — Le malade a vu se développer cette tumeur depuis environ 3 ans. Il accuse n'avoir jamais reçu de coups dans cette région. Il ne monte pas à cheval ; depuis quelque temps, il porte un suspensoir qui protège ses bourses contre toute espèce de choc. Il n'en a jamais souffert, et entre à l'hôpital

1. Sallet. *Loco citato*.

pour se débarrasser de cette tumeur qui le gêne progressivement.

Etat actuel. — On constate que la bourse gauche est augmentée de volume. Elle est grosse comme un œuf de dinde, piriforme. La peau qui la recouvre, est souple, normale, un peu tendue ; pas de rugosités, ni de bosselures. La tumeur est résistante et élastique, et la pression qu'on exerce, se transmet dans son intégrité, à toute la périphérie sauf en arrière où l'on trouve un tissu d'une densité différente, saillant, et qui lorsqu'on le pince, réveille chez le malade, la sensation spéciale du testicule froissé. A la lumière, on n'aperçoit aucune transparence. Absence de douleur.

On porte le diagnostic de pachyvaginalite hémorragique à gauche. Opération pratiquée le 19 mai par M. le Professeur Demons. Incision de la peau et de la poche, issue d'une quantité considérable de liquide chocolat. On trouve le testicule atrophié, et on pratique la castration, car il est impossible de décortiquer la vaginale en ce point. On remplace le testicule par une boule de marbre analogue à celle employée dans les deux observations précédentes.

Le résultat final est le même : on jurerait que l'on a affaire à un testicule normal, si ce n'était le volume un peu trop considérable et la consistance par trop dure.

Le malade sort définitivement guéri, 3 semaines après.

OBSERVATION VII (1)

J'ai opéré en juillet 1885, un homme de 44 ans (Adolphe B. mécanicien, habitant Croix) qui était entré dans mon service de l'hôpital St-Sauveur, pour une hématoécèle déjà ancienne, siégeant du côté droit.

Au cours de l'opération la décortication du testicule me paraissant impossible, je me décidai à pratiquer la castration, je m'étais muni à tout hasard, d'un testicule artificiel en argent fabriqué par M. Collin, et qui avait subi une désinfection minutieuse. Après résection totale de la tunique vaginale, je mis ce testicule artificiel à la place du testicule supprimé, et je suturai les bourses, comme à l'ordinaire, par des crins de florence; je ne fis pas de drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples, 10 jours après l'opération le malade était guéri, et se levait.

Le malade opéré en juin 1895, a été revu ces temps derniers : le testicule, très mobile dans les bourses, est fort bien supporté, et le malade ne se serait peut-être pas douté de la substitution opérée, sans l'indiscrétion de l'infirmier qui avait assisté à l'opération.

Détail intéressant. — Il y a une atrophie complète du lobe droit de la prostate.

1. Carlier. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* Paris (1896). P. 1054.

OBSERVATION VIII (1)

La prothèse testiculaire est aujourd'hui pratiquée de façons assez diverses, voici un testicule de soie que j'ai dû enlever dans les circonstances suivantes :

En juillet 1876, salle 17, je fis à froid chez un homme de 55 ans, la cure radicale d'une hernie inguino-scrotale. Un léger suintement sanguin persista pendant quelques jours, par l'orifice inférieur de la plaie, en même temps que le scrotum était distendu par un épanchement peu abondant. Dans la suite, l'infiltration des bourses disparut, laissant un testicule emprisonné, dur et douloureux. Sur le trajet du cordon, rien, pas de douleurs, pas d'état inflammatoire de la peau, ni des parties profondes.

En septembre, la compression du testicule était devenue de plus en plus douloureuse, et l'hématome des bourses disparaissait très lentement. Sur les instances du malade, le D^r Villac, suppléant de M. le professeur Lannelongue, pratiqua la castration. Le cordon était en haut, resté souple et libre, l'opération de Bassini, n'avait donc elle-même amené aucune striction fâcheuse sur le cordon. M. Villac, fit au malade la prothèse, avec le modèle employé par M. Loumeau, le testicule en soie pelotonnée.

Suites opératoires bonnes ; un drain enlevé après quelques jours, pas d'écoulement consécutif.

1. Prothèse testiculaire : castration secondaire (Vitrac). Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (11 janvier 1897).

Le malade est revenu, quinze jours, puis un mois après; la bourse droite était le siège d'un œdème dur: sensation de poids, fatigue continuelle. Quelques jours après apparition de trajets fistuleux et de suppuration légère. C'est dans ces conditions que je revis le malade qui réclamait instamment une nouvelle intervention.

Le testicule de soie était entouré d'une coque dure, d'aspect fibreuse et forcé par endroit de tissu mou et fongueux: il fallut en séparer la peau et enlever à la fois et le testicule et la gangue qui l'entourait. C'était du tissu de granulation très vasculaire. Le testicule était imbibé de liquides épais, non purulents, et pénétré par quelques fins tractus bourgeonnants.

L'intolérance dans ce cas de prothèse est à peu près semblable à celle qui a déjà pu être observée par quelques chirurgiens de Bordeaux: le testicule de soie ne tarde pas en outre à perdre, au milieu des exsudats, qui l'entourent, la souplesse qui lui donne primitivement l'apparence d'un testicule vrai: il est très vite devenu aussi dur que les testicules artificiels préconisés ailleurs; celluloïd, etc.: il nous paraît en outre avoir quelques désavantages, tenant à son défaut d'asepsie, et aux adhérences rapides qu'il contracte avec ses enveloppes vivantes ».

L'insuccès dans les cas particuliers, doit tenir à ce que l'opération a été faite en terrain infecté.

D. — *Tuberculose du testicule.* — L'occasion se présentera assez fréquemment, de faire

la castration chez des sujets jeunes, pour tuberculose du testicule. Il faudra naturellement que cette opération soit nettement justifiée, et cela dans la tuberculose en masse de l'épididyme et du testicule ; dans la fonte tuberculeuse du testicule, et surtout chez l'enfant.

La prothèse ici, sera très utile, car les sujets sont jeunes, et encore aptes aux fonctions génitales.

En voici trois observations :

OBSERVATION IX (1)

Il y a quelques mois, j'ai eu à soigner un homme de 33 ans à qui un chirurgien avait, treize ans auparavant enlevé un testicule tuberculeux. L'autre testicule était pris à son tour ; la partie gauche du scrotum était occupée par une tumeur irrégulière, fluctuante, avec des parties plus dures : la prostate était un peu grosse, légèrement ondulée, sans saillies manifestes.

Cet homme, grand, gros, au tissu adipeux abondant, au système pileux rare, n'avait depuis sa première opération pratiqué le coït que quatre ou cinq fois, et sans conviction : depuis plusieurs années l'instinct sexuel était complètement annihilé : physiquement et génitalement, c'était un véritable eunuque. Il ne me laisse cependant opérer sa tumeur scrotale que sur

1. Dr O. Gueillot. *Union Médicale du Nord-Est*, 1895, p. 375.

ma promesse formelle, de la remplacer par quelque chose, si après, incision, j'étais forcé de l'enlever.

C'était une tumeur assez compliquée. Kyste à cholestérine, vaginalite chronique et tuberculose de l'épididyme : la castration s'imposait. Par quoi remplacer le testicule sacrifié ?

Je savais qu'en Amérique Robert F. Weir, avait employé dans ce but des boules de celluloid, et qu'Hermance s'était servi d'une bille d'argent. La veille de l'opération, j'avais parcouru tous les bazars de Reims pour trouver des petites balles de celluloid, mais celles que j'avais pu trouver, étaient trop volumineuses, et toutes contenaient une petite pierre qui en faisait un grelot. Je ne pouvais décemment pourvoir mon opéré de ce pseudo-testicule bruyant.

Je me contentai de prendre environ un mètre et demi de grosse soie plate tressée, bien stérilisée (n. 4 de Leclerc) de l'enrouler en un peloton de la grosseur du pouce et d'introduire cette masse aseptique dans le scrotum. Par dessus, ce testicule artificiel je réunis en surjet de catgut, les débris des couches profondes, et laissant un petit drain superficiel, je fis la double suture que j'emploie toujours après les opérations sur le scrotum.

Suture profonde en l'accolant et renversant en dehors les lèvres de la plaie ; surjet au crin de Florence, constituant la suture superficielle. L'opération a été faite le 29 juin ; le 4 juillet, au premier pansement on trouva le scrotum volumineux, non douloureux ; le drain fut enlevé ; le 9, la réunion était complète.

Un mois après, une photographie a été prise de l'opéré, le testicule artificiel était encore gros ; avec l'induration ambiante, il atteignait le volume d'un œuf de poule.

L'opéré était très satisfait de cette prothèse testiculaire ; depuis le volume a diminué, et tout récemment, trois mois après l'opération X... écrivait : « L'épididyme se dégage » ce qui veut dire, sans doute, que les contours du peloton de soie deviennent plus nets.

Ceci prouve que l'on peut remplacer le testicule absent par une masse de substance non résorbable, pourvu que son aseptie soit complète.

Le corps étranger, qui doit être peu volumineux, jouera pour le malade et au besoin pour les autres, le rôle de l'organe enlevé.

OBSERVATION X (inédite).

M. le Dr Vanverts

Le nommé R..., âgé de 30 ans, ébéniste, entre le 30 décembre 1896, à l'hôpital St-Antoine, dans le service de notre maître, M. le docteur Ch. Monod.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Quant à lui, il a dit-il, toujours joui d'une bonne santé : mais il nous apprend qu'ils tousse tous les hivers, et qu'il a présenté il y a 15 mois, un abcès du cou, de nature probablement tuberculeuse.

Dans les premiers jours de décembre 1896, il s'aper-

çoit que la partie droite des bourses et augmentée de volume, et qu'elle devient douloureuse à la fin de la journée.

Etat actuel. — La portion droite des bourses est plus grosse que la portion gauche : le scrotum est de coloration rosée à ce niveau : la vaginale droite renferme un peu de liquide. Il est donc difficile de se rendre un compte exact de l'état du testicule ; mais l'épididyme semble augmenté de volume et induré. Le canal déférent est plus dur qu'à gauche : rien à la prostate.

Le D^r Ch. Monod croit qu'il s'agit d'une épididymite tuberculeuse ; il lui reste cependant un doute ; car l'interrogatoire du malade permet de supposer qu'il a contracté la syphilis il y a 18 mois. Le traitement mercuriel et ioduré essayé pendant quelques jours, ne donne aucun résultat. La quantité de liquide épanché dans la vaginale augmente.

Le diagnostic de tuberculose, s'étant ainsi affirmé, M. Monod conclut à l'utilité de la castration, et veut bien me confier l'opération.

Opération. — Le 22 janvier 1877, le malade étant chloroformé, je fais sur la partie droite des bourses, une incision antérieure. J'évacue une notable quantité de liquide jaune citrin, contenu dans la vaginale. La séreuse se présente avec un aspect piqué en rouge au niveau du testicule, en rouge foncé sur l'épididyme, elle est partout épaissie. Deux catguts entrecroisés assurent l'hémostase au niveau du cordon, celui-ci est sectionné et le testicule enlevé. Je place dans la cavité des bourses un testicule en aluminium. Un surjet au

catgut réunit les parties molles. Les téguments sont suturés au crin sans drainage.

Le 27 janvier on refait le pansement qui ne recouvre plus qu'imparfaitement la plaie. On enlève les fils : la réunion est excellente. Les suites sont très simples et le malade quitte le service le 5 février.

L'examen de la pièce, nous montre que les lésions épididymaires sont peu avancées, et que le testicule renferme deux abcès tuberculeux ramollis.

Je n'ai pas revu le malade, mais j'ai reçu de lui à la date du 24 juillet 1898, les renseignements suivant que je lui avais demandés. Il me dit que son testicule droit « est toujours dur et reste collé en haut des bourses ». Il ne souffre pas, travaille comme auparavant. Il a pu faire une période d'instruction de 28 jours : sa santé est excellente et il ajoute « qu'il sera père le mois prochain ».

OBSERVATION XI (inédite) (MM. Vanverts et Pasteau).

Br., 25 ans, marinier, a toujours joui d'une bonne santé. Il a eu quelques écoulements blennorrhagiques actuellement guéris.

Il y a cinq mois, il reçut un coup violent sur les bourses. Le lendemain le scrotum était noirâtre ; trois jours après le malade remarquait que le testicule droit avait augmenté de volume et était douloureux : cet état persista jusque il y a quinze jours. A cette époque, les bourses droites augmentèrent brusquement de volume,

et atteignent la grosseur qu'elles ont aujourd'hui.

Etat actuel. — On trouve dans les bourses droites, une masse qui a le volume du poing, est arrondie, lisse, de consistance ferme. On ne parvient pas à délimiter ce qui appartient respectivement au testicule et à l'épididyme.

A la partie supérieure de la masse, on constate l'existence d'une petite tuméfaction, ayant le volume d'une noix, faisant saillie à la surface de la masse principale. La pression détermine de la douleur en certains points, en particulier au niveau de la petite tuméfaction supérieure. Les deux tiers inférieurs de la masse laissent passer les rayons lumineux. Le cordon spermatique est intact, et le toucher rectal pratiqué est négatif.

Opération. — Incision antérieure sur les bourses droites. La vaginale renferme une notable quantité de liquide jaune citron.

Le testicule est en inversion. L'épididyme est gros, bosselé ; la glande renferme quelques noyaux indurés. Ligature entrecroisée sur le cordon spermatique, castration. Dans la cavité laissée par l'ablation du testicule, de la vaginale et de la fibreuse commune, on place un testicule en caoutchouc durci.

Suture complète des téguments, pas de drainage.

On enlève les fils au bout de sept jours. La réunion semble parfaite. Cinq jours après on constate l'existence d'une légère suppuration en un point de la cicatrice. Bientôt la suppuration qui vient de la profondeur devient plus abondante.

Dix-huit jours après l'opération, on fait une incision au niveau de la cicatrice et on enlève le testicule artificiel dont la surface est ridée. Grattage de l'exsudat purulent et pseudo-membraneux qui tapisse la petite cavité. Lavage à l'eau phéniquée forte. Sutures avec drainage.

La réunion se fait par première intention et la fistulette, située au niveau des drains se comble rapidement.

E. — *Ectopie abdominale, non abaissable.*
— Enfin, dans les cas d'ectopie abdominale, lorsque le chirurgien aura vainement tenté d'abaisser le testicule et de le mettre dans sa cavité naturelle, il sera autorisé à remplacer le testicule absent, par une pièce artificielle.

Nous donnons, à ce propos, l'observation si intéressante et si complète, de notre maître, M. Arrou, chirurgien des hôpitaux.

OBSERVATION XII (inédite)

par le Dr Arrou chirurgien des hôpitaux.

J. C., 18 ans, ébéniste. Ce garçon très bien portant, sans ancienne tare personnelle, sans hérédité fâcheuse, vient à l'hôpital parce qu'il a entendu dire qu'on opère heureusement les cas comme le sien. Il est admis à la salle Blandin dans le service de M. Ch. Monod (M. Arrou suppléant) le 4 septembre 1898.

L'examen révèle la présence à gauche d'un testicule

normal, bien descendu, sans trace de hernie de ce côté.

A droite, la bourse est vide, très petite et comme atrophiée. On ne trouve pas de testicule; il n'en existe pas non plus à l'orifice superficiel, non plus que dans le trajet de celui-ci.

En aucun point, la pression ne réveille de douleur particulière. D'ailleurs ce garçon ne s'est jamais reconnu qu'un testicule, et ce qui le préoccupe le plus, c'est la hernie concomitante, avec la possibilité d'étranglement dont on lui a parlé chez lui.

On trouve en effet, toujours à droite, une hernie. Elle date de la petite enfance, 4 ans, cinq ans environ. Jamais elle n'a été vraiment douloureuse, jamais aucun bandage n'a tenté de la maintenir.

Le sujet examiné debout, on voit, sous les efforts de la toux, le canal inguinal, bomber, et le sac arrondi à son extrémité, un peu plus bas que l'orifice superficiel : c'est plus qu'une pointe herniaire; il s'agit d'un bubonocèle.

Couché, tout se réduit, facilement, totalement et le doigt s'engage dans un orifice, où l'index joue à l'aise. Il ne semble pas qu'il y ait trace d'éléments de cordon dans ce canal couvert d'un pannicule assez maigre, facile à explorer.

Le malade est purgé le jour même, et sera opéré le surlendemain, après le bain donné la veille de l'opération. Entre temps M. Collin, fournit un testicule de caoutchouc, assez souple, pas trop lourd, reproduisant par son volume et sa forme, un testicule moyen.

Opération le 6 septembre 1898. M. Cottet interne.

Le plan opératoire est le suivant : Sous chloroforme, on pratiquera la cure radicale de la hernie : puis recherchant le testicule, on verra s'il est possible ou même utile, d'abaisser l'organe libéré de ses adhérences.

Dans le cas contraire, prothèse immédiate.

L'incision du canal inguinal, même sur un sac délicat, tenu qui est libéré prudemment, puis lié au catgut n° 3 comme à l'ordinaire. Il s'est présenté vide, et il n'y a eu ni intestin à refouler, ni épiploon à libérer.

Il n'existe dans ce canal inguinal, fendu dans toute sa longueur aucun élément de cordon. L'index cherche à agrandir par lacération l'orifice profond : on pénètre ainsi dans la fosse iliaque, cheminant au-dessous du péritoine décollé. Pas de testicule. L'organe doit être en ectopie haute, et comme, en somme, il n'a jamais provoqué d'accidents, comme sa recherche constituerait une intervention, qui dans l'esprit du chirurgien et aussi du malade, doit rester simple, on abandonne cette recherche.

Fermeture très serrée du canal inguinal par trois points de Bassini. Les points sont faits avec des crins, mis en double, et coupés au ras du nœud.

Il s'agit maintenant de procéder à la prothèse : Le doigt effondre la bourse droite vraiment bien petite et tassée, et crée ainsi une loge pour la pièce prothétique. Il a fallu pour cela se tenir au contact de la cloison, si bien que les deux organes, naturel à gauche, artificiel à droite, se trouveront en contact intime, sé-

parés seulement par la cloison, dans un scrotum étroit, ce qui ne laisse pas que d'inquiéter un peu au point de vue de la tolérance future. L'ouverture de la loge est sensiblement au-dessus de son fond. Ceci à dessein, afin que la masse de caoutchouc, ne soit pas en regard de la cicatrice dont elle pourrait solliciter l'ouverture par son poids.

La loge ainsi créée, la pièce de caoutchouc est introduite, et fixée en place, par un premier surjet et au catgut, n° 0, à points un peu serrés, mais surtout très rapprochés, le faufilage terminé on n'aperçoit rien du nouveau testicule. Puis toujours avec le même fil, on pratique un second surjet, sur la peau du scrotum, de façon, à la fois à ne laisser aucun espace mort entre les deux sutures, et à faire un affrontement exact des lèvres scrotales. Pour cela l'aiguille entre et sort à un ou deux millimètres tout au plus des bords de la plaie.

Pansement à la gaze iodoformée faible. Un peu de vaseline stérilisée sur les côtés de la plaie, pour éviter toute trace d'irritation :

C'est pour cette même raison, qu'au début de l'opération, le scrotum a été savonné à la main, sans brosse, à l'alcool très rapidement avec un tampon imbibé.

Bandage de flanelle en T, large. La verge, sort en avant par une ouverture à l'emporte pièce. Les bourses sont tenues très relevées, sous un fort tampon d'ouate ordinaire.

La pièce de caoutchouc a été stérilisée par l'ébullition, dans l'acide phénique à 50 pour 1000 pendant $3/4$ d'heures. Il n'y a pas lieu de s'applaudir de cette

façon de faire, le caoutchouc se durcit, se ratatine, et c'est un testicule ridé qu'on place dans les bourses, avec une élasticité, à peu près complètement perdue. Il a fallu se contenter de ce que l'on avait sous la main.

Suites normales : aucun incident.

Les crins superficiels de la cure radicale sont enlevés après huit jours francs. Le surjet au catgut du scrotum, nettoyé après 48 heures avec un tampon au sublimé a été recouvert de poudre d'iodoforme aussitôt.

Le quinzième jour, nouvel examen : tout va bien.

Aucun point ne baillle : la suture est bonne.

Mais le testicule est très haut placé, presque collé au pubis, dans une position peu gracieuse. Le scrotum au-dessous, est aussi étroit, congénitalement petit, qu'au moment de l'opération. Ce n'est qu'un succès très relatif.

Le malade est autorisé à se lever le 20^e jour, réunion parfaite : même état de testicule toujours haut situé.

20 octobre 1898. — Le malade a été revu. Il est venu à l'hôpital pour accompagner un ami. La hernie est complètement guérie. Le testicule artificiel ne le gêne pas : il est toujours situé haut.

15 mars 1899. — Le malade vient demander un certificat constatant qu'il a été opéré à l'hôpital, d'une hernie. (Il s'agit, paraît-il, d'un engagement dans la ligne).

Sa hernie est et reste guérie. Le testicule droit (prothèse) est toujours petit, ridé, dur, la suture parfaite, et à peine reconnaissable. Mais le point curieux de ce nouvel examen (sixième mois après l'opération) est le

suivant : la bourse droite est devenue large, aussi souple et étendue que celle du côté opposé, normale, en somme. Le nouveau testicule est descendu au niveau de celui du côté sain, exactement, et a donc perdu sa position peu avantageuse à la racine du scrotum.

Aucune gêne, malade content, on pour mieux dire, indifférent, ou paraissant l'être, aux examens que lui font subir tous les élèves du service. Il est impossible de deviner, si ce garçon malgré les ordres donnés, a eu connaissance de la vérité. Au fond, je regrette de ne pas l'avoir mis au courant avant l'opération ; ceci eût sans doute mieux valu.

Aujourd'hui on aurait mauvaise grâce, à lui apprendre un détail qu'il fait peut-être semblant d'ignorer.

25 juin 1899. — Pas de nouvelles. Il devait revenir si quelque chose de nouveau se présentait.

IV. — MANUEL OPÉRATOIRE

Lorsque après avoir fait son diagnostic, et décidé l'ablation du testicule malade, le chirurgien veut tenter la prothèse testiculaire, il doit observer certaines règles, s'il veut voir son intervention couronnée de succès.

Nous nous efforcerons d'établir le manuel opératoire, d'après les données tirées des différentes observations.

1° L'antisepsie du champ opératoire devra être aussi rigoureuse que possible. Cependant, il faudra éviter d'irriter les bourses par des lavages et des brossages répétés.

Un bon savonnage à la main suffit, puis on passe à l'alcool avec un tampon imbibé.

2° Pour placer l'appareil prothétique, il faut une loge dans laquelle il sera enserré.

Dans l'ectopie abdominale, on est obligé de la créer de toute pièce avec le doigt en effondrant les tissus.

Dans la castration, s'il y a eu des suppurations étendues, on aura soin de désinfecter à fond la loge qui devra recevoir l'appareil prothétique.

M. Carlier de Lille, recommande la résection totale de la tunique vaginale : c'est alors la celluleuse qui sert d'enveloppe au pseudo-testicule.

Si l'on a affaire à une tuberculose en masse de l'épididyme et du testicule, on aura soin d'enlever le tout d'un seul bloc, sans rien ouvrir afin d'éviter l'infection.

3^e Quelle sera la substance prothétique ? Nous avons vu par les observations que les chirurgiens s'étaient servis de substances diverses. On a fait des testicules en verre, en argent, en marbre et en ivoire.

Mais ces substances ont l'inconvénient d'être rigides, dures, lourdes et parfois difficilement supportées.

Le testicule en aluminium est léger mais il est dur : le celluloïd a le même avantage, et le même inconvénient : de plus il s'altère à la longue paraît-il.

M. Loumeau a fait fabriquer sur ses indications, un testicule de soie, qui paraît être, actuellement du moins, le meilleur appareil prothétique. Il a fait tisser la soie en petites masses ovoïdes et souples dont le grand axe est creusé d'un tunnel cylindrique, permettant d'obtenir à la pression entre les doigts, un certain degré de rénitence et d'élasticité. Par son enkystement facile et sa légèreté, la soie peut ainsi être aisément tolérée par les bourses et y simuler les caractères objectifs d'un testicule réel.

Le caoutchouc rouge sous forme d'ovules creux serait la substance idéale à employer ; malheureusement l'ébullition altère cette substance, la ride, la durcit et lui fait perdre toute sa souplesse.

Il va sans dire, que l'appareil, doit avoir subi avant son introduction dans les bourses, une désinfection parfaite.

4° Le testicule est introduit et fixé en place, par un premier sujet au catgut n° 0 ; les points doivent être un peu serrés et surtout très rapprochés. Puis on fait un second surjet ; au crin de Florence, de préférence ; de façon à la fois, à ne laisser aucun espace mort entre les sutures et à faire un affrontement exact des lèvres scrotales.

5° L'ouverture de la loge, doit être sensiblement au-dessus de son fond, afin que la masse de la substance prothétique, ne soit pas en regard de la cicatrice dont elle pourrait solliciter l'ouverture par son poids.

M. Carlier, avait eu déjà la précaution de ne pas mettre en regard les deux lignes de suture, pour éviter la contamination de la suture fibreuse, au cas de la désunion de celle de la peau.

6° On ne drainera pas la plaie, sinon on créerait une porte ouverte pour l'issue future du testicule artificiel.

7° On aura soin de laisser le malade au lit

pendant douze à quinze jours, en tenant les bourses très relevées.

INCONVÉNIENTS

On a observé des insuccès dus très souvent au défaut d'asepsie.

Le testicule peut faire rapidement issue au-dehors. Voir l'observation de MM. Vanverts et Pasteau : le testicule dans ce cas a été éliminé, 18 jours après son introduction.

Dans l'observation de M. Vitrac, c'est environ un mois après la prothèse, qu'on a été obligé d'enlever le testicule artificiel.

D'autres fois, le testicule, au lieu d'être situé normalement, reste en haut du scrotum : nous en avons un exemple dans l'observation du docteur Vanverts. Dans celle du docteur Arrou, nous voyons qu'à la longue, la descente peut s'opérer, et le testicule artificiel prend la situation qu'il devait avoir normalement.

V. — DE L'OPPORTUNITÉ DE PRÉVENIR LE MALADE

Doit-on, ou non faire part au malade de la substitution qui a été faite d'un testicule artificiel.

M. le Dr Loumeau de Bordeaux, a fait plusieurs prothèses testiculaires, sans prévenir ses opérés et nous croyons que la plupart du temps les autres chirurgiens se sont abstenus. Personne ne peut, il est vrai, dès l'instant que le sacrifice du testicule a été consenti, en vouloir au chirurgien d'avoir remplacé l'organe absent, par une pièce prothétique. Pour notre compte nous pensons qu'il vaut mieux avoir l'assentiment du malade.

En effet, supposons, par exemple, qu'un jeune homme, subisse l'ablation d'un testicule tuberculeux. A la suite de l'opération, sa santé redevient florissante.

Il se marie : mais un beau jour, un point de suppuration s'établit sur la cicatrice de la plaie et au bout d'un certain temps le testicule artificiel, fait issue au dehors, au grand étonnement

du malade ; A son désapointement, la colère ne tardera pas à faire place. En effet ce malheureux, croyait encore posséder tous les attributs de la virilité : et il s'aperçoit qu'on l'a trompé. De là sources d'ennuis, et de discussions de famille dont la responsabilité incombe sinon légalement, du moins moralement, à l'opérateur.

Aussi nous semble-t-il aussi bien dans l'intérêt du médecin, que dans celui du malade, il vaut mieux faire connaître au malade, l'opération qui pourra pallier l'absence de son testicule, tout en lui faisant espérer que ses fonctions génitales ne seront pas entravées. En effet, Monsieur le docteur Demons, cite le cas d'un jeune homme auquel il a enlevé les testicules et qu'il a revu huit mois après. A cette époque son opéré avait des désirs, des érections et des éjaculations. Bien mieux, il a pu examiner son sperme et constater qu'il renfermait des spermatozoïdes.

La prothèse testiculaire, sera croyons-nous bien acceptée par les malades qui trouveront dans cette opération un remède palliatif à l'absence de leur testicule. Et si elle ne peut servir qu'à donner l'illusion aux autres, le malade y trouvera déjà un grand avantage et une grande consolation.

Le secret ne sera connu que de lui seul, et le chirurgien sera toujours ainsi à l'abri des ennuis que pourrait lui attirer l'issue d'un testicule artificiel ignoré et mal supporté.

CONCLUSIONS

1° La prothèse testiculaire est une opération utile, qui peut trouver son indication, soit après la castration, soit dans le cas d'un testicule extopié.

2° Les meilleurs appareils prothétiques à employer nous paraissent être, le testicule en soie, fabriqué sur les indications de M. Loumeau, de Bordeaux, et celui en aluminium. Le caoutchouc serait la substance idéale, s'il n'était pas altéré par l'ébullition.

3° Il faut faire une loge au testicule artificiel, à l'aide des parties molles qui n'ont pas été enlevées, ou la créer de toute pièce comme dans le cas d'ectopie abdominale non abaissable.

On aura soin de bien fixer la pièce artificielle par un surjet de catgut, à points serrés et très rapprochés. L'ouverture de la loge sera sensiblement au-dessus du fond, afin que le testicule artificiel ne soit pas en regard de la cicatrice dont il pourrait solliciter l'ouverture.

4° Il nous paraît utile, de prévenir le malade, de la prothèse qu'on pourra lui faire : ceci afin d'éviter plus tard, les ennuis qui pourraient survenir pour le chirurgien, si la pièce prothétique ignorée du malade, venait à faire issue au dehors.

Vu : le Président de la thèse,
RAYMOND

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN. — Congrès de chir., Paris 1895.
- BANGS. — Medical record, 1895.
- CARLIER. — Prothèse testiculaire après castration. Ann. mal. des org. gén. ur. Paris 1896, XIV. P. 1054.
- GODARD (Ernest). — Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme, 1862.
- O. GUEILLOT. — Testicule artificiel. Union médicale du Nord-Est. Reims 95, XIX, p. 374.
- HERMANCÉ (E.-M.). — Introduction of an artificial testicle and relief of morbid mental state in a monocryptorchid. American journal Insanity, Chicago, 94-95. LI, p. 510.
- HERIGOYEN. — Prothèse testiculaire. Discussion. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, juin 1896.
- LOUMEAU. — Prothèse testiculaire après castration. Ann. de la polyclinique de Bordeaux, 1895, IV, p. 315.
- LAUNOIS ET PIQUOIS. — De la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate.
- RAMM. — Cents. f. chirurg. Sept. 93.
- SALLET. — Prothèse testicul. Thèse de Bordeaux, 1896.
- VITRAC. — De la proth. testicul. Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1897.
- WEIR. — Celluloid testicle. Transaction american surgery, Association Philadelphie, 1895, XIII, p. 481.

